

Helseskjema



Hygge Tannhelse AS
Madlastokken 5
4042 Hafrsfjord
Tel. 51 55 60 67
post@hyggetannhelse.no
Org No: 927152630

Fornavn:	Etternavn:		
Adresse:	Postnummer:	Poststed:	
Mob:	Arbeidssted/Yrke:	E-post:	
Fødselsnr. (11 siffer):			

Generell informasjon

<input type="checkbox"/>	Hjerte/karsykdommer
<input type="checkbox"/>	Høyt blodtrykk
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Epilepsi
<input type="checkbox"/>	Immunitetssykdommer
<input type="checkbox"/>	Hepatitt
<input type="checkbox"/>	Giktfeber
<input type="checkbox"/>	Problemer med bihulene
<input type="checkbox"/>	Psykiske problemer
<input type="checkbox"/>	Strålebeh. i hode/hals
<input type="checkbox"/>	Kosthold/diett
<input type="checkbox"/>	Kompl. etter tannbeh.
<input type="checkbox"/>	Røyker/ snuser
<input type="checkbox"/>	Astma
<input type="checkbox"/>	Blødersykdom
<input type="checkbox"/>	Spiseforstyrrelser
<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS
<input type="checkbox"/>	Lungesykdom
<input type="checkbox"/>	Hjerneblødning
<input type="checkbox"/>	Parkinsons
<input type="checkbox"/>	Kreft
<input type="checkbox"/>	Reumatisk sykdom
<input type="checkbox"/>	Hjerneslag
<input type="checkbox"/>	Annet

Diverse

<input type="checkbox"/>	Nedsatt syn
<input type="checkbox"/>	Nedsatt hørsel
<input type="checkbox"/>	Nedsatt taleevne
<input type="checkbox"/>	Nedsatt førlighet

Allergi/oversensibilitet

<input type="checkbox"/>	Penicillin
<input type="checkbox"/>	Lokalbedøvelse
<input type="checkbox"/>	Pollen
<input type="checkbox"/>	Matvarer
<input type="checkbox"/>	Nikkel
<input type="checkbox"/>	Latex
<input type="checkbox"/>	Annet

Munn/Tenner

<input type="checkbox"/>	Blødning i tannkjøttet
<input type="checkbox"/>	Dårlig ånde
<input type="checkbox"/>	Ofte sår i munnen
<input type="checkbox"/>	Munntørrhet
<input type="checkbox"/>	Tanngnissing
<input type="checkbox"/>	Ømme tyggemuskler
<input type="checkbox"/>	Fingersuger
<input type="checkbox"/>	Munnpuster
<input type="checkbox"/>	Søvnapné
<input type="checkbox"/>	Annet

Gravid- termin:

Fastlegens navn:

Medisinsk behandling
siste to årene:

Medikamentbruk:

Diverse informasjon/ Sist tannbehandling/ Ønske av tannbehandling:

Pasient sign.

Dato/Sted